

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 février 1894, à 1 heure

Par A. POIRIER

Né à Évron, le 6 juillet 1867

DE LA

RÉTENTION PARTIELLE DU PLACENTA APRÈS L'ACCOUCHEMENT

« L'extraction d'une portion du placenta, ou d'un caillot qui
« s'est formé dans la matrice, doit faire partie de la déli-
« vrance : puisque la présence de pareils corps étrangers
« peut produire les mêmes accidents que la rétention de
« la totalité du placenta. »

BAUDELOCQUE. — *Art. des Accouchements*, p. 433.

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. } GUYON, professeur.
BAR, ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 février 1894, à 1 heure

Par A. POIRIER

Né à Évron, le 6 juillet 1867

DE LA

RÉTENTION PARTIELLE DU PLACENTA

APRÈS L'ACCOUCHEMENT

« L'extraction d'une portion du placenta, ou d'un caillot qui
 « s'est formé dans la matrice, doit faire partie de la délivrance : puisque la présence de pareils corps étrangers
 « peut produire les mêmes accidents que la rétention de
 « la totalité du placenta. »

BAUDELOCQUE. — *Art. des Accouchements*, p. 433.*Président : M. TARNIER, professeur.*

Juges : MM. { GUYON, professeur.
{ BAR, ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
 parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1894

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTÉ	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MERE, A MON ONCLE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TARNIER

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien des hôpitaux
Commandeur de la Légion d'honneur

DE LA RÉTENTION PARTIELLE

DU PLACENTA

APRÈS L'ACCOUCHEMENT

INTRODUCTION

On désigne sous le nom de délivrance, l'expulsion hors de l'organisme maternel du placenta et des membranes. Ce dernier temps de l'accouchement doit être surveillé avec le plus grand soin, car il peut donner lieu à de nombreux accidents, dont l'un des plus redoutables est sans contredit la rétention de la totalité ou d'une partie de l'arrière-faix. Cependant, nous avons pu observer pendant notre stage à la Clinique de la rue d'Assas, quelques cas de rétention placentaire qui n'ont eu aucune suite fâcheuse, et cela, grâce à une prompte intervention et à une rigoureuse antisepsie. Nous avons été frappé des dangers que font courir à la femme les accidents consécutifs à cette rétention et de la facilité relative dont on peut les éviter. Ayant recueilli sur la matière un certain nombre de documents, nous avons

résolu, sur les conseils de M. le Dr Demelin, d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous diviserons notre sujet en quatre principaux chapitres : dans le premier nous examinerons les causes qui favorisent la rétention du placenta ; le second sera consacré au pronostic et à l'étude des complications ; le troisième au diagnostic ; dans le quatrième nous passerons en revue les divers modes de traitement.

Mais avant d'aborder l'exposition de notre sujet, il nous reste un devoir bien doux à remplir, celui de remercier ceux qui ont été nos maîtres dans les hôpitaux. Et tout d'abord, nous tenons à témoigner notre profonde reconnaissance à M. le professeur Tarnier dont nous avons été l'élève en ces derniers temps et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Que M. le Dr Berger soit assuré de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant notre année d'externat dans son service. C'est M. le Dr Budin qui nous a initié à l'obstétrique, c'est lui qui par la clarté de son enseignement nous a fait prendre goût à cette partie de l'art médical, nous ne l'oublierons jamais.

Que nos autres maîtres dans les hôpitaux reçoivent ici nos plus sincères remerciements.

M. le Dr Demelin a bien voulu nous aider de ses conseils pour la rédaction de notre travail, nous l'en remercions bien vivement.

ÉTIOLOGIE

Les causes admises par les classiques, comme facilitant la rétention du placenta, tiennent les unes à une modification ou à une malformation de l'utérus, les autres sont relatives au placenta lui-même.

Les premières favorisant plutôt la rétention totale que partielle de l'organe, nous les passerons sous silence ; les secondes au contraire, déterminent tantôt la rétention partielle, tantôt la rétention totale.

Ce sont : les adhérences ;

Les placentas accessoires ;

Les placentas gémellaires.

1° *Adhérences*. — Les adhérences du placenta à la paroi utérine sont une des principales causes prédisposantes de la rétention partielle. Cette rétention est en outre facilitée par les concours d'un certain nombre de causes adjuvantes, au premier rang desquelles nous citerons les tentatives trop hâtives de délivrance, et surtout les tractions intempestives faites sur le cordon ombilical.

Ces adhérences peuvent porter sur la totalité de la masse placentaire, *adhérences totales*, ou n'atteindre seulement qu'un ou deux cotylédons, *adhérences partielles*. Elles peuvent être plus ou moins solides, depuis la sim-

ple exagération de l'état physiologique jusqu'à la fusion intime du placenta avec la paroi utérine.

Les premières, peu résistantes, céderont en général à des contractions utérines un peu fortes ; pour les autres, l'introduction de la main deviendra nécessaire ; le scalpel même ne pourra venir à bout des dernières.

Nous avons pu trouver dans la littérature médicale plusieurs observations de cette union intime du placenta à l'utérus. Dans son livre sur la *Pratique des accouchements*, Paul Portal (1) en rapporte une très intéressante. En compagnie de plusieurs médecins et chirurgiens, il assistait à l'autopsie d'une femme morte à la suite d'une rétention placentaire : la matrice étant ouverte, on y trouva une portion de l'arrière-faix. « Voilà la cause de la mort de cette femme » dit un des assistants : une discussion s'élève alors, et Moreau le père, ayant dit au chirurgien qui opérait, d'enlever cette portion de placenta, celui-ci ne peut y réussir : « il lui fut impossible de la « séparer sans arracher de la propre substance de la matrice. »

Des faits semblables ont été rapportés par MM. Pajot, Tarnier, Guéniot, Budin.

Heureusement ces adhérences anormales sont rares, surtout les dernières. D'après les recherches que nous avons faites sur ce sujet à la Clinique de la rue d'Assas, nous avons constaté que sur 1495 accouchements pratiqués pendant l'année 1893, on a dû procéder 11 fois à la

1. Paul Portal. *De la pratique des Accouchements* (1685), page 89.

délivrance artificielle par suite d'adhérence du placenta, soit une proportion de 0, 74 sur 100 accouchements.

Si les accoucheurs sont unanimes pour reconnaître la rareté de ces adhérences, ils ne le sont plus quand il s'agit d'en expliquer les causes.

Les anciens avaient bien constaté l'existence de ces adhérences, mais ne s'étaient point prononcés sur les causes qui les déterminent. Mauriceau (1), le premier, leur chercha une explication; il les considéra comme dues au squirrhe du placenta, et son opinion fut partagée par Smellie et le plus grand nombre des accoucheurs de son époque.

Paul Portal (2) accepta l'idée de Moreau qui les attribuait au tempérament atrabilaire.

Ruysch crut découvrir un muscle spécial composé de fibres spirales, qui serait chargé de l'expulsion du placenta, il attribuait l'adhérence anormale du placenta à ce qu'il était placé hors de la sphère d'activité de ce muscle. C'était aussi l'opinion de Levret (3) qui considérait l'insertion latérale du placenta comme la cause des adhérences.

Telles furent les différentes théories qui régnèrent pendant le xviii^e siècle et une partie du xix^e, lorsqu'en 1828, Brachet (de Lyon), publia son mémoire sur la placentine. Il admit la comparaison qu'on avait faite du placenta au

1. Mauriceau. *Traité des maladies de femmes grosses et celles récemment accouchées* (6^e édition, 1721).

2. Paul Portal. *Loc. citato*.

3. Levret. *Art des accouchements* (1761).

poumon de l'adulte ; et poussant plus loin l'analogie, il décrit l'inflammation du placenta qu'il nomma placentite : et à laquelle il distingua trois stades comme à la pneumonie, engouement, hépatisation rouge, hépatisation grise ; ce dernier stade seul donnant lieu à l'adhérence.

La théorie émise par Brachet souleva bien des discussions : Dance, Simpson, admettent la possibilité de l'inflammation ; elle est contestée par Jacquemier, Millet, Cazeaux, Ch. Robin. Depuis Brachet, la question n'est pas encore élucidée, et nous pouvons conclure avec M. Auvard (1), que « la placentite, si elle existe, est « encore fort mal connue ».

En 1848, Stoltz publia une observation d'adhérence placentaire due à un caillot ; la femme avait eu une hémorrhagie au quatrième mois de sa grossesse.

Dans un mémoire publié en 1854, Mordret (du Mans) (2) critique les différentes hypothèses admises jusqu'alors, et considère l'hémorrhagie placentaire ou inter-utéro placentaire survenant dans les premiers mois de la grossesse comme la cause la plus efficace des adhérences ; voici d'après lui comment elles se produiraient : « Le caillot
« décolle une petite surface, puis se résorbe en partie. La
« portion restante devient fibrineuse et adhère forte-
« ment aux deux surfaces contiguës. Lorsqu'après l'ac-
« couchement le délivre se détache, les portions qui corres-
« pondent au coagulum restent adhérentes d'une manière

1. Auvard. *Traité pratique d'Accouchements*, p. 481.

2. Mordret. *Recherches sur les adhérences morbides et anormales du placenta. Moniteur des Hôpitaux*, décembre 1854 et janvier 1855.

« toute mécanique, car elles ne sauraient participer au
« travail physiologique qui opère le décollement, puis-
« qu'elles ont perdu par avance leurs connexions avec
« l'utérus. ».

Cazeaux met en doute l'inflammation et ajoute « que
« dans l'état actuel de la science, il est très difficile d'in-
« diquer d'une manière précise la cause de ces adhären-
« ces » (1).

Joulin (2), après avoir combattu l'inflammation, dit :
« En l'absence de lésions anatomiques permettant d'ex-
« pliquer l'anomalie que nous étudions, il me semble que
« l'on pourrait simplement l'expliquer en la rapportant à
« une exagération de l'état physiologique ».

C'est aussi l'opinion soutenue par M. Guéniot (3) dans
ses leçons cliniques publiées par la *Gazette des Hôpitaux*.
« D'ailleurs, en s'appliquant à chercher quelle est l'alté-
« ration qui détermine, entre l'utérus et le placenta, une
« union trop intime, n'a-t-on pas faussement envisagé
« la question ? Au lieu d'une lésion ou d'un travail patho-
« logique, ne serait-ce pas plutôt l'absence d'un produit
« naturel ou d'un travail physiologique qui engendrerait
« l'anomalie », et plus loin « l'adhérence exagérée du
« placenta serait une anomalie due à l'absence d'un tra-
« vail naturel de désunion, bien plutôt qu'à un travail
« pathologique de soudure ».

On peut à la rigueur admettre cette hypothèse quand

1. Cazeaux, cité par Couécou, thèse Paris, 1872.

2. Joulin, *id.*

3. Guéniot. *Gazette des Hôpitaux*, 1874, page 1035.

il s'agit d'adhérences totales et peu solides : mais comment expliquer l'adhérence partielle et concevoir que ce travail de désunion entre le placenta et l'utérus existe en un point et pas en d'autres.

M. Guéniot a bien prévu l'objection puisqu'il ajoute :
« Quant à ces exemples d'union portée jusqu'à la fusion
« des tissus placentaire et utérin, il me paraît nécessaire,
« pour s'en rendre compte, d'admettre, en même temps
« que la cause précitée, l'influence d'un travail vraiment pathologique ; et entre toutes les affections propres à déterminer de tels effets, la métrite est incontestablement la plus fréquente et la plus vraisemblable (1) ».

C'est en effet à la métrite que la plupart des contemporains rapportent la production des adhérences placentaires : « l'adhérence est souvent obscure » dit Playfair (2)
« mais résulte très probablement d'un état morbide de la
« caduque, produite par une maladie antérieure de la
« muqueuse utérine ».

Cette endométrite peut en effet exister antérieurement à la grossesse ou débiter avec elle : le plus souvent, cette endométrite est aiguë, il se produit alors une exsudation de lymphé plastique et coagulable entre les deux surfaces en contact. Quelquefois l'endométrite est chronique ; dans ce cas, la caduque utérine est épaissie, hyperplasiée.

D'après Roy (3) l'inflammation peut porter, soit sur la

1. *Loco cit.*

2. Playfair cité par Air, in *Lancet*(London), février 1881.

3. Roy, thèse de Paris, 1891.

caduque utérine ou la caduque ovulaire, soit sur la caduque inter-utéro placentaire. La première forme donne lieu à une rétention des membranes et plus particulièrement de la caduque, la seconde à l'adhérence placentaire.

On a encore cité comme cause d'adhérence, les différentes dégénérescences du placenta, la syphilis : mais il existe de nombreuses observations où malgré la dégénérescence du placenta, il n'y avait pas adhérence.

Quant à la syphilis, nous savons qu'elle peut être le point de départ d'une endométrite, et qu'elle peut également donner lieu à des hémorrhagies inter-utéro placentaires (1). A ce compte, il faudrait passer en revue toutes les maladies qui sont susceptibles de porter leur action sur la muqueuse utérine et provoquer l'endométrite (fièvre typhoïde, choléra, blennorrhagie, etc.).

D'après ce rapide exposé des diverses théories cherchant à expliquer les causes des adhérences, nous voyons que nos connaissances sur ce sujet sont loin d'être complètes. Certes, nous n'avons pas la prétention de trancher une question aussi controversée, mais nous partageons l'opinion de ceux qui considèrent l'endométrite et les hémorrhagies inter-utéro placentaires comme les principales causes productrices de ces adhérences.

Quelle que soit la cause des adhérences du placenta à l'utérus, nous croyons pouvoir expliquer, de la façon suivante, le mécanisme de la rétention. Sous l'effort des contractions utérines, le placenta se décolle mais reste adhérent par un de ses points. Si l'union est assez inti-

1. Roy, *loc. cit.*

me et les contractions énergiques, le tissu placentaire va se déchirer, et le cotylédon ou une partie du cotylédon adhérent restera dans l'utérus. Mais ce qui favorisera surtout cette déchirure, et par suite cette rétention, ce seront des manœuvres intempestives de délivrance, et surtout les tractions immodérées faites sur le cordon. Ces tractions, qui le plus souvent sont exercées par l'accoucheur ou la sage-femme dans le but de faire la délivrance, peuvent être aussi le résultat de la brièveté du cordon ombilical (1).

« Le cordon ombilical » dit Leray « forme une espèce
« de corde tendue entre deux organes, le placenta et le
« fœtus. Si la distance qui sépare ces deux points aug-
« mente par l'écartement progressif de l'un d'eux, la
« corde qui fait le trait d'union est obligée de se rompre
« ou d'attirer un de ces points de façon à le rapprocher
« à une distance en rapport avec sa longueur. On com-
« prend aisément pourquoi le placenta doit céder le pre-
« mier, ses adhérences avec l'utérus étant assez peu
« résistantes à l'état normal et à la fin de la grossesse, et
« son dégreffement étant encore favorisé par les contrac-
« tions utérines concomitantes ».

Si elles sont assez fortes, ces tractions peuvent produire trois accidents :

La rupture du cordon ;

L'inversion utérine ;

La déchirure du tissu placentaire avec rétention partielle.

1. Leray, thèse de Paris, 1893, p. 47.

La rupture du cordon, pendant la délivrance, n'est pas un accident bien redoutable, surtout si elle se fait à une certaine distance de son insertion placentaire : elle se produit, soit avec des cordons grêles ou très gras, soit dans les cas d'insertion vélamenteuse.

D'après Paul Dubois, l'inversion utérine est moins due aux efforts faits pour opérer la délivrance qu'aux contractions spontanées de l'organe lui-même. En cas d'adhérence partielle du placenta à l'utérus, elle se produit lorsqu'il existe en même temps un certain degré d'inertie utérine. Une observation de ce genre a été rapportée par le Dr Cleveland (1). Donc si l'adhérence est peu étendue, le cordon solide, et s'il n'y a pas inertie de l'utérus, c'est le tissu placentaire qui cédera le plus souvent aux tractions exercées sur la tige ombilicale.

Cette déchirure se fera d'autant plus facilement s'il existe en outre un certain degré de dégénérescence du placenta comme dans l'albuminurie.

Les observations IV et V rapportées plus loin sont des exemples de rétention placentaire dues à la traction.

On a accusé également l'expression utérine (méthode de Crédé) de provoquer la rétention de débris placentaires. M. Ribemont, dans sa thèse d'agrégation, rapporte deux observations de ce genre, que nous reproduisons ici, dues l'une à Hecker, l'autre à Martin.

1. Cleveland. *American journal of obstetrics*, 1890.

2. Ribemont-Dessaigne. *De la délivrance par traction et expression*, thèse d'agrégation, 1883.

OBSERVATION I (Hecker).

(XVII^e de la thèse de Ribemont).

Femme de 33 ans, secundipare. L'accouchement se fait à terme le 14 juillet 1863, sans rien présenter de particulier. La première période du travail dure onze heures, la seconde trois quarts d'heure.

Enfant vivant, du sexe masculin, pesant cinq livres et demie.

Un quart d'heure après la sortie du fœtus, le placenta fut expulsé par la méthode de Crédé. Il est normal, pèse une livre, le cordon qui mesure 0 m. 34 s'insérait marginalement.

Suites de couches régulières : au quatrième et au cinquième jour, les lochies sont rares et presque incolores.

Le 20 juillet, à quatre heures du soir (sixième jour), survient une hémorrhagie profuse, très abondante, sans cause appréciable, je pensai à une rétention du tissu placentaire, quoique la sortie du placenta eût été facile et rapide. Après les précautions nécessaires, je constatai, au moyen de deux doigts introduits dans le col, la présence d'une masse allongée, de consistance placentaire. Elle semblait adhérente. Après avoir donné du chloroforme, j'extirpai la masse en deux fragments. L'hémorrhagie s'arrêta, et la femme sortit le 23 juillet.

OBSERVATION II (Martin).

(XVIII^e de la thèse de Ribemont).

Dorothée Böse, primipare, 23 ans, de forte constitution, accouche le 11 décembre 1860. La dilatation du col s'opère en une heure.

Expulsion normale d'un fœtus de 2760 grammes. Dix minutes après l'accouchement, le placenta est chassé par la pression exercée sur le fond de l'utérus. Il pèse 358 grammes. Le chorion semble déchiré circulairement, l'amnios est entortillé autour du cordon qui mesure 0 m. 36 et s'insère à 0 m. 04 du bord placentaire.

Pas de souffrance le premier jour. Mais le second jour la peau est chaude. Il n'y a pas eu de frisson.

Troisième jour. — Matin. Pouls 120. R. 20. T. 40°, 5.

Soir. Pouls 114. R. 20. T. 41°, 3.

Pas de gonflement du côté des seins, solution nitrée à l'intérieur. Fomentation sur le ventre. Injections.

Quatrième jour. — Matin. P. 120. R. 24. T. 40°, 1.

Soir. P. 120. R. 20. T. 40°, 2.

Légère ulcération vaginale, cautérisée avec le nitrate d'argent.

Douleurs abdominales, une forte pression sur l'utérus distendu fait sortir un caillot fétide. Mêmes prescriptions.

Cinquième jour. — Matin. P. 108. R. 24. T. 39°, 7.

Soir. — P. 114. — R. 19. — T. 40°, 8.

Ecoulement fétide. Injection d'eau chlorurée et de goudron.

Le soir, nouvelle expulsion de caillots.

Huitième jour. — Hémorrhagie considérable. Abattement, vomissements.

Mort à minuit et demi.

Autopsie faite le second jour : Utérus dilaté, très mou.

La muqueuse est réduite en une masse pulpeuse grisâtre.

A la paroi antérieure, un peu à droite et vers le fond, se trouve une masse grosse comme une pomme, ayant comme dimensions en divers sens, 5, 3 et 2, 5 centimètres. Elle est constituée par des cotylédons dont le tissu vilieux flotte dans l'eau.

Au microscope, on reconnaît le tissu placentaire. Les sinus utérins sont béants : les vaisseaux lymphatiques remplis de pus.

Thrombus adhérents dans les veines de la jambe droite.

Ces faits prouvent assez par eux-mêmes, la nécessité de procéder avec le plus grand soin à la délivrance, il faut savoir attendre, et l'accoucheur ne doit intervenir qu'après le complet décollement du placenta. Cette conduite est celle qui nous a été conseillée à chaque instant par nos maîtres, et nous ne pouvons mieux faire que de citer entièrement le passage du *Traité d'Accouchements* de MM. Tarnier et Budin : « Trop souvent on commet la
« faute de procéder hâtivement à la délivrance. On ne
« saurait trop répéter qu'avant de chercher à extraire le
« placenta, il faut s'assurer que cet organe est complète-
« ment décollé, et passé en totalité ou au moins en partie
« dans le vagin : mais à ce moment, à ce moment seule-
« ment, au lieu d'attendre que le placenta soit expulsé
« spontanément, on exerce des tractions sur le cordon,
« et l'on abrège ainsi avec avantage la durée du troi-
« sième temps (1) »

2° *Placentas accessoires*. — Une seconde cause qui facilite la rétention partielle c'est l'existence d'un cotylédon accessoire. La rétention se produit alors dans deux conditions différentes : ou bien, le placenta accessoire est adhérent à l'utérus, et l'expulsion du placenta principal se fait naturellement, puis, les membranes se déchirent, et si on n'a pas le soin de faire un examen attentif de l'arrière-faix, on croit à une simple rétention des membranes, pendant, qu'en réalité, un cotylédon placentaire tout entier reste dans l'utérus.

1. Tarnier. Chantreuil et Budin. *Traité d'Accouchements*, Tome I, page 737.

La deuxième façon est la suivante : le cotylédon accessoire se détache des parois utérines avec la masse principale : le placenta principal est à la vulve, l'orifice interne se rétracte et emprisonne le cotylédon accessoire.

Il est donc de toute utilité de faire la délivrance avec douceur, et si, après la sortie du placenta, les membranes restent adhérentes, de ne pas exercer de tractions qui pourraient les déchirer.

Si un obstacle s'oppose à l'expulsion des membranes, il ne faut pas craindre d'introduire la main dans l'utérus pour s'assurer de la nature de cet obstacle.

Or, d'après notre maître, M. Tarnier, la rétention des membranes est due à trois causes :

1° A leur adhérence anormale à l'utérus ;

2° A leur entortillement autour d'un caillot trop volumineux pour traverser l'orifice interne ;

3° A l'existence d'un placenta accessoire.

On doit donc toujours penser à la possibilité d'un cotylédon accessoire. Si, malgré toutes les précautions prises les membranes venaient à se déchirer, il faudrait y placer un fil, suivant le conseil donné par M. Tarnier.

3° *Placentas gémellaires*. — Les placentas gémellaires donnant lieu aux mêmes considérations que les placentas accessoires nous ne nous y arrêterons pas davantage.

PRONOSTIC. — COMPLICATIONS

La rétention de la totalité ou d'une partie du placenta expose la femme qui en est atteinte à deux graves complications :

1° Les hémorrhagies ;

2° La septicémie puerpérale.

1° *Hémorrhagies.* — Voici comment se produit l'hémorrhagie dans le cas de rétention placentaire. Une portion du cotylédon resté adhérent se décolle et laisse béants les sinus utérins ; la partie non décollée empêche le retrait de l'utérus, et les fibres musculaires ne pouvant remplir leur rôle de *ligatures vivantes*, le sang s'écoule librement. Ces hémorrhagies, d'autant plus abondantes que la portion de placenta restée dans l'utérus est plus volumineuse, sont toujours graves et peuvent aller jusqu'à amener la mort de la femme. Suivant le moment de leur apparition, on les a divisées en primitives, et secondaires, les premières surviennent immédiatement après la délivrance, les secondes dans les premiers jours du *post-partum*.

Sur un total de treize observations, publiées par Braxton Hicks dans le *British medical Journal* (1), voici quel a été le moment d'apparition de ces hémorrhagies :

1. *British medical Journal*, juillet 1882.

Immédiatement après la délivrance. . .	1
24 heures après	2
50 heures	1
5 jours.	2
6 jours.	1
Une semaine.	6

Comme nous pouvons le voir, l'hémorrhagie est le plus souvent secondaire, et elle se produit principalement à la fin de la première semaine des suites de couches, entre le cinquième et le huitième jour. C'est ce qui est arrivé chez les femmes qui font l'objet de cinq de nos observations, et chez lesquelles l'hémorrhagie est apparue :

Le 6 ^e jour.	Observation I.
Le 8 ^e jour.	Observation II.
Le 11 ^e jour	Observation III.
Immédiatement après. . .	Observation VII.
Immédiatement après. . .	Observation X.

Ces hémorrhagies, avons-nous dit, sont toujours redoutables ; sur les treize femmes observées par Braxton Hicks, trois ont succombé : dans les cinq cas que nous rapportons, il y a eu deux morts, mais il existait en même temps des symptômes de septicémie. Si l'hémorrhagie ne se termine pas par la mort, elle laisse un état anémique qui persiste encore pendant des semaines après la cessation des accidents. Nous en donnons comme preuve l'observation suivante empruntée au Dr Labusquière :

OBSERVATION III (Labusquière).

In Annales de Gynécologie, février 1889.

Femme âgée de 28 ans. Quatrième grossesse, trois accouchements normaux, le dernier a eu lieu le 21 octobre 1889.

En examinant le placenta, la sage-femme remarque l'existence d'un creux dans le délivre, toutefois celle-ci ajoute que le délivre était entier. Suites de couches paraissent normales.

La femme se lève pour la première fois le 28 octobre, ne perdant dit-elle presque plus.

Le samedi suivant, 3 novembre, c'est-à-dire douze jours après l'accouchement, vers 7 heures du soir, comme elle était assise devant son fourneau, elle fut prise brusquement et sans douleur d'une hémorrhagie assez forte. Elle se couche immédiatement, la perte de sang aurait duré environ une heure.

Dans la nuit du dimanche 4 au lundi 5 novembre, vers une heure du matin, seconde hémorrhagie d'une durée de près de trois quarts d'heure.

Le lundi soir, la femme ne s'étant pas levée, troisième hémorrhagie débutant comme les deux précédentes d'une façon soudaine et sans douleur.

Durée trois quarts d'heure.

Le mercredi 7. — L'hémorrhagie se reproduit pour la quatrième fois, mais avec une intensité beaucoup plus grande; c'est à ce moment que le D^r Labusquière voit la malade.

Elle présente l'aspect de toute femme qui vient de subir une hémorrhagie grave : pâleur extrême, petitesse et fréquence du pouls, lipothymies répétées, respiration saccadée, par instants de grands efforts respiratoires.

Le Dr Labusquière fait successivement une injection d'ergotine Yvon et une injection d'éther, puis compression de l'aorte, injection très chaude. Tamponnement utérin.

Jeudi 8. — Utérus à deux travers de doigt de l'ombilic, distendu par le sang retenu en arrière du tampon. La femme a eu plusieurs défaillances dans la nuit, en ce moment éblouissements. Tintements d'oreilles.

T. 36°, 7. Pouls 135.

O₁ remplace le tampon.

Soir. T. 37°, 3. Pouls 131.

Renouvellement du tampon, le tampon mis le matin dégage une odeur fétide très marquée.

Vendredi 9. — Matin. — Température 37°, 8. — Pouls 128.

L'état général reste à peu près le même, le fond de la matrice est au même niveau. Fétidité extrême dans la chambre de la malade.

Injection sans jet, de liqueur de Van-Swieten dédoublée et très chaude.

Injection sous-cutanée d'ergotine Yvon.

La femme n'étant pas allée à la garde-robe depuis 5 jours, on prescrit un lavement huileux, en recommandant d'éviter toute fatigue à la malade.

A 3 heures de l'après-midi, nouvelle hémorrhagie. Tamponnement.

Soir. T. 38°, 3. Pouls 127.

Injection sous-cutanée d'ergotine.

Samedi 10. — Consultation avec le Dr Robinet.

Renouvellement du tampon qui dégage toujours la même fétidité.

Injection intra-utérine de liqueur de Van Swieten pure. Irrigation du vagin et nouveau tamponnement.

Injection sous-cutanée d'ergotine.

Soir. T. 38°, 7. Pouls 124.

Nouveau tamponnement et injection d'ergotine.

Dimanche 11. — T. 39°, 1. Pouls 125.

La femme a ressenti de vives douleurs dans les reins.

Le fond de l'utérus est à un travers de doigt à peine au-dessus de la symphyse.

On enlève le tampon. L'injection vaginale entraîne de nombreux caillots. On trouve alors appendue au-dessous du col, entièrement dans le vagin, mais retenue par un pédicule filiforme qu'il est facile de suivre jusque dans l'utérus, une petite masse ayant à peu près le volume d'une grosse noix. Cette masse est enlevée; elle est constituée par du tissu placentaire; elles sent horriblement mauvais.

Injection intra-utérine qui ramène de nombreux débris.

Injection sous-cutanée d'ergotine.

Prescription tonique.

Soir. T. 39°, 3. Pouls 128.

La fétidité des sécrétions est encore très accusée, mais on perçoit difficilement la matrice au-dessus de la symphyse.

Nouvelle injection intra-utérine.

Sulfate de quinine 0,60 en 2 cachets.

Lundi 12. — La malade accuse toujours une grande faiblesse. Elle a eu encore des bourdonnements d'oreille, des défaillances.

Matin. — T. 38°, 7. Pouls 110.

Soir. — T. 38°, 9. Pouls 115.

On continue le même traitement.

Mardi 13. — La nuit a été bonne, la malade a reposé, elle a eu bien moins de bourdonnements d'oreille et d'éblouissements. Elle se sent un peu plus forte. La fétidité diminue de plus en plus.

Matin. — T. 37°, 8. Pouls 102.

Soir. — T. 38°, 3. Pouls 105.

Mercredi 14. — Matin. — T. 37°, 9. Pouls 102.

Soir. — T. 37°,5. Pouls 104.

A partir de ce jour, la température va toujours en diminuant, et la malade entre en convalescence.

On continue les injections jusqu'au samedi 17 novembre.

Le mercredi 12 décembre, c'est-à-dire cinquante-deux jours après l'accouchement, le D^r Labusquière révoit la malade ; elle présente l'aspect des personnes profondément chloro-anémiques : décoloration très accusée des téguments et des muqueuses.

2° *Septicémie*. — La seconde complication de la rétention placentaire est la septicémie. Sous l'influence de la régression de l'utérus, les débris placentaires se détachent de la paroi et subissent la putréfaction. Les lochies deviennent plus abondantes, ont une odeur fétide : la femme éprouve des tranchées vives, douloureuses, et quelques jours après l'accouchement, le plus souvent entre le cinquième et le huitième, elle est prise d'un violent frisson, la température s'élève, le pouls devient plus rapide, la respiration plus fréquente. La malade accuse de la céphalalgie, a des nausées, parfois des vomissements, en un mot, la septicémie s'établit avec ses symptômes habituels.

Les choses vont aller ainsi en s'aggravant, si une intervention hâtive ne vient mettre un terme au processus infectieux. Trop souvent, malheureusement, la mort emporte la malade malgré tous les efforts faits par le médecin.

OBSERVATION IV (Extraite de la thèse de Couécou).

Rétention partielle du placenta par suite de tractions intempestives
faites sur le cordon ombilical. Septicémie. Mort.

Femme de 25 ans, couturière, entre à l'hôpital Beaujon le 18 juillet 1871. III pare. Deux accouchements normaux.

Pas d'accidents consécutifs.

Accouchement facile. Environ un quart d'heure ou vingt minutes après la sortie de l'enfant, l'infirmière du service veut tirer sur le cordon pour extraire le délivre, mais elle éprouve de la résistance.

Au lieu de cesser, elle opère des tractions plus fortes, et enfin au bout de trois ou quatre minutes le placenta arrive. L'infirmière ayant jeté le placenta immédiatement après, on ne put s'assurer de son intégrité.

Les 19, 20 et 21 juillet. — Les suites de couches paraissent régulières.

L'utérus reste bien un peu gros, mais il n'est point douloureux.

22 juillet. — La malade est prise d'un violent frisson accompagné d'une céphalalgie intense et d'une douleur abdominale des plus vives se localisant à la partie médiane de l'hypogastre.

23 juillet. — A la visite du matin, céphalalgie intense, douleurs abdominales encore plus vives que la veille. Langue sèche. Soif ardente. T. 39°. Pouls 110. Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Bain de une heure.

24 juillet. — Nuit mauvaise; insomnie; ventre ballonné, très douloureux au palper, à l'hypogastre, vers la région médiane: on sent l'utérus volumineux et non rétracté. Lochies noirâtres,

fétides, abondantes. Langue plus humide, mais recouverte d'un enduit brunâtre ; soif très vive. T. 39°,5. Pouls faible à 120.

24 sangsues à la partie médiane de la région hypogastrique.

Bain tiède après l'application des sangsues, limonades vineuses.

25 juillet. — Etat identique. Médication expectante.

26 juillet. — Ventre un peu moins ballonné et un peu moins douloureux que les deux derniers jours. Lochies extrêmement fétides.

Diarrhée verdâtre abondante : déjections alvines coulant comme de l'eau. Nausées fréquentes. Faiblesse extrême. Enduit brunâtre sur la langue : soif inextinguible.

T. 39°,2. Pouls filiforme, très fréquent, 134.

Traitement. — Injections vaginales ; compresses trempées dans de l'eau de guimauve sur le ventre, bains.

Soir. T. 40°. Pouls un peu plus fort à 136.

27 juillet. — Nuit très agitée, délire depuis le soir ; ventre très ballonné, non douloureux à la palpation ; lochies très fétides, moins abondantes ; même diarrhée que la veille, langue sèche. Dents et lèvres fuligineuses ; soif ardente, deux frissons, un dans la nuit, un le matin.

T. 40°. Pouls 138.

28 juillet. — Léger mieux, nuit moins agitée : pas de délire, même état du ventre, même diarrhée, même lochies. T. 39°,2. P. 120.

Supérieur. — Accablement extrême. Respiration entrecoupée, haletante. T. 40°,6. Pouls 140.

29 juillet. — Délire pendant toute la nuit. Faiblesse extrême. T. 39°,4. Pouls 135.

30 juillet. — Délire violent : la malade semble être sortie de l'abattement de ces jours derniers pour se débattre contre la mort ; elle crie ; elle se lève, se jette par terre, on est obligé de l'attacher. T. 40°. P. 138.

31 juillet. — L'état ne fait qu'empirer ; la langue moins sèche est d'un rouge vif. T. 40°. Pouls filiforme 146.

1^{er} août. — Violent délire toute la journée d'hier et toute la nuit. Ce matin prostration complète, carphologie, trismus ; insensible à tout ce qui se passe, ne peut plus tirer sa langue hors de la bouche ; encroûtement fuligineux des lèvres et des dents. Soif vive.

Diarrhée verdâtre abondante. T. 39°, 6. P. 140.

2 août. — Même état que la veille. Respiration bruyante entrécoupée. Diarrhée encore plus abondante. T. 39°, 8. Pouls filiforme et tellement fréquent qu'il est impossible de le compter.

A 4 heures du soir elle succombe.

Autopsie 36 heures après la mort.

OBSERVATION V (extraite de la thèse de Couécou).

Plusieurs cotylédons placentaires restés dans la matrice à la suite d'une délivrance par une infirmière inhabile. Phlegmon du ligament large et de l'ovaire droit. Péritonite. Infection purulente. Mort. Autopsie.

Agée de 27 ans, entre à Beaujon, lit 5, 16 octobre 1871.

Constitution chloro-anémique ; souffle dans les vaisseaux du cou ; palpitation.

Troisième grossesse, les deux accouchements précédents ont été normaux.

Début du travail 16 octobre vers six heures du soir.

Accouchement 16 octobre à minuit.

L'infirmière tire sur le cordon une demi-heure après la sortie de l'enfant et extrait le placenta.

17 et 18 octobre. — Suites des couches paraissent normales.

19 octobre. — Léger malaise. Un peu de fréquence du pouls.

20. — Céphalalgie assez vive, l'utérus est encore très volumineux ; il est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Lochies grisâtres très peu abondantes.

Cataplasmes sur le ventre ; bain ; julep avec 1 gramme de camphre.

21, 22 et 23 octobre. — Etat stationnaire. Constipation.

Le 22. — La malade prend 20 grammes d'huile de ricin.

24 octobre. — Nuit très agitée. A été prise vers onze heures d'un frisson violent avec claquement de dents, qui a persisté une demi-heure environ.

Ce matin, nausées continuelles avec vomissements bilieux et porracés. Ventre très douloureux à la palpation, principalement vers la région hypogastrique droite. L'utérus est aussi volumineux que le lendemain de l'accouchement ; on sent parfaitement son fond qui remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Lochies peu abondantes, gris noirâtres, très fétides.

Diarrhée abondante. Déjections alvines noirâtres de consistance aqueuse.

Langue rouge assez humide, soif modérée.

T. 38°,8. Pouls 115.

25 octobre — Faiblesse et prostration extrêmes, c'est à peine si la malade a la force de répondre aux questions qu'on lui pose.

Depuis ce moment, l'état de la malade va en s'aggravant de plus en plus, et elle succombe le 27 octobre à 4 heures et demie du matin.

OBSERVATION VI (K'opatowsky).

In Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie.

Adhérence anormale du placenta faisant corps avec le tissu de l'utérus. — Délivrance artificielle. — Septicémie. — Mort.

Nathalie H..., 32 ans, blanchisseuse, bien conformée, toujours bien réglée, syphilitique, est à son cinquième accouchement. Elle a toujours bien accouché, mais à partir de son troisième accouchement, elle a eu de la rétention placentaire suivie les deux dernières fois d'infections putrides très graves.

Le 13 septembre dernier, à 6 heures du matin, je fus appelé auprès d'elle à cause d'une rétention du placenta, se produisant après son cinquième accouchement, qui, selon elle-même s'est passé « assez vite et assez bien grâce à l'administration du seigle ergoté donné par la sage-femme. » Présentation du sommet en OIGA.

Par le palper, j'ai trouvé l'utérus violemment contracté, sauf à gauche, en haut et un peu en avant où j'ai rencontré une petite masse molle faisant saillie. Cette espèce de tumeur était limitée nettement par les parois durcies de l'utérus qui lui formaient comme un encadrement, et me firent l'idée d'un enchâtonnement placentaire. Par le vagin, je constatai la déchirure du cordon ombilical dont un petit bout sortait à peine entre les lèvres tuméfiées et contractées du col.

Le doute n'était plus possible ; je demandai à la malade la quantité d'ergot de seigle qu'elle avait pris ; elle ne le savait pas.

Je fis le diagnostic d'adhérence anormale du placenta, compliquée de contractions violentes de l'utérus consécutives à l'administration de l'ergot à dose élevée.

T. 39°. Pouls 135:

Légère hémorrhagie. Injection vaginale avec un litre de liqueur Van Swieten dédoublée. Parties génitales recouvertes de compresses trempées dans la même solution.

Trois lavements avec trente gouttes de laudanum.

Vers 4 heures du soir je trouve l'accouchée plus courageuse, me demandant de lui extraire le délivre. En redoublant de précautions antiseptiques, je constate que la rétraction cède un peu, mais que l'orifice cervical, assez résistant encore, revenait à son point initial de dureté du moment qu'une excitation suffisante se produisait. Nonobstant je fis placer la malade dans la position obstétricale, et après une antiseptie aussi parfaite que possible de mes mains, je pratique une injection intra-utérine avec la sonde à double courant de mon excellent maître, M. le professeur Pajot, avec la liqueur au sublimé dédoublée.

L'eau revient rouge au commencement, et puis de plus en plus limpide : au moment de retirer la sonde, je sens que l'orifice cervical du col se rétracte, car la sonde sort à frottement. Remise dans son lit, la malade éprouve des douleurs dans tout l'organe, probablement dues aux contractions nouvelles.

J'insiste encore sur l'administration des lavements au laudanum.

T. 40°. — Pouls, 150.

Je lui fais faire des injections vaginales, chaque heure, une fois avec une solution d'acide phénique, l'autre fois avec une solution d'acide borique, toujours et toutes ces injections à l'eau bouillie et à une température de 40°. Les mêmes compresses tout le temps sur la vulve. Vers 10 heures du soir, je la trouve avec un grand frisson qui dura 45 minutes.

Temp. 41°. — Pouls, 160.

Faciès complètement étié, angoisse extrême, peau sèche et brûlante, légère hémorrhagie, utérus très haut ; assez sensible,

d'égale résistance partout à peu près, la bosse placentaire se confond avec le reste.

On ne pouvait plus attendre, la limite de l'expectation étant finie : frisson, hémorrhagie, tétanisme aboli. Position obstétricale, antisepsie de toute rigueur, nouvelle injection intra-utérine, du sublimé.

Légère difficulté de traverser avec la main l'orifice interne qui est encore un peu rétracté ; bientôt j'arrive sur le gâteau placentaire, j'insinue mes doigts, face dorsale, contre la paroi utérine, mais sans succès, car je sens que je déchire le tissu placentaire sans le détacher ; je porte la main de l'autre côté du gâteau, car je m'imagine être tombé sur l'adhérence ; inutile encore, et de cette manière je fais le tour et je passe ensuite sur le centre que je trouve de même. La conviction me vient que c'est une adhérence fibreuse, qui fait corps avec le tissu même de la matrice ; elle m'est venue, parce qu'en broyant avec mes doigts le tissu placentaire il reste encore une trame, une espèce de chevelu, qui ne se détache pas, malgré mes patients efforts, tant pour sa résistance, que parce qu'elle me glisse entre les doigts. Vers la moitié supérieure, je tombe sur un endroit où l'adhérence n'existait pas, et dont j'ai pu détacher le tissu sain ; il est resté après cet espace comme un sillon avec quelques îlots de tissu pathologique et sur lequel j'ai voulu encore tirer, mais sans succès. Bien décidé à ne laisser que le moins possible, je continue mon broyage et je ne quitte la place qu'après l'avoir nettoyée de mon mieux. Au bout de trois quarts d'heure j'avais fini : mais, avant de sortir la main, je fais un autre lavage avec deux litres de la liqueur de Van Swieten dédoublée, et je ne la sors qu'avec l'assurance qu'il ne reste aucuns morceaux détachés, et après avoir introduit comme dernière ressource une longue pince pour tenter, si cela était possible, de détacher ces espèces de cheveux fibreux. Encore nouvel échec : je les déchire sans pouvoir les détacher, et

je suis forcé de m'arrêter car, par la main du dehors, je sens que la paroi utérine s'enfonce au moment des tractions sur la pince ; je risquais ainsi de produire un renversement, et puis cela occasionnait à la malade une grande douleur.

Un suppositoire à l'iodoforme est laissé à l'intérieur.

Temp. 41°. Pou's petit, fréquent, dépressible.

Médication ; alcool, extrait de quinquina.

16 septembre. — A sept heures du matin, on m'apprend que la malade a eu un autre frisson un peu moindre que le premier, et qu'une diarrhée séreuse lui a commencé, accompagnée d'un écoulement noirâtre fétide.

Quinine, alcool, aconit font la base de ma thérapeutique à l'intérieur ; à l'extérieur une antiseptie rigoureuse.

L'état de la malade devient de plus en plus grave.

Temp. 41°. Pouls incomptable, petit, dépressible.

Je le remets en position obstétricale et j'interviens encore une fois avec la plus sévère antiseptie, introduisant la main en faisant de nouveaux efforts pour détacher le tissu fibreux, qui seulement dans une petite étendue cède aux tractions, mais qui se déchire sans se détacher ; je retire la main sans pouvoir rapporter grand chose ; mais après avoir pu laver, autant que possible, ce tissu en putréfaction.

La prostration est grande, l'altération des traits est incroyable.

Une sueur froide recouvre la malade, le timbre de sa voix est complètement changé, il y a un peu de strabisme convergent.

Malgré notre médication et malgré tous nos efforts, son état devient de plus en plus grave. Le 17, vers 3 heures de l'après-midi, on vient m'avertir que la malade se refroidit par moments, et qu'elle souffre d'une douleur intolérable au ventre, je l'examine et je constate un météorisme très fort. A partir de ce moment, malgré tout ce que l'on fait, la température descend à 36° et la femme meurt 3 heures après.

OBSERVATION VII (inédite).

(Recueillie à la clinique de la rue d'Assas).

Délivrance incomplète. Hémorrhagie aussitôt après la sortie de l'arrière-faix. Septicémie. Mort.

La... Marie, âgée de 18 ans, primipare, bonne constitution, bassin normal, a eu vers le septième mois de sa grossesse de légères pertes de sang.

Elle accouche naturellement le 25 octobre 1888 à minuit 30, après un travail qui a duré 4 heures et demie.

Aussitôt après la sortie du fœtus, la femme est prise d'une hémorrhagie assez abondante, et la quantité de sang écoulé est évaluée à environ 500 grammes.

Délivrance naturelle mais incomplète à 1 h. 30 du matin, le placenta pèse 430 grammes, les membranes sont incomplètes.

La personne qui surveillait l'accouchement, trouvant le placenta très incomplet, ne le fit pas examiner, craignant sans doute une réprimande ; elle lui substitua un autre délivre qui ne présentait qu'une déchirure des membranes, si bien que l'exploration utérine ne fut pas faite en temps utile.

En raison de la rétention d'une partie des membranes, la femme fut soumise à une étroite surveillance, et on prescrivit des injections vaginales et des toilettes vulvaires supplémentaires.

Les deux premiers jours des suites de couches se passèrent sans incident notable.

Le 27 au soir, légère élévation de température qui atteint 38°,1 et pour laquelle on prescrivit une injection intra-utérine. Le moniteur chargé de faire cette injection remarqua qu'immédiatement après la femme perdait du sang en quantité modérée. Pendant la nuit légères hémorrhagies.

Traitement. — Injections vaginales toutes les trois heures.

Lait. Bouillon.

28 octobre. — Pendant la journée petites pertes. Le soir, la température est à 38°,2.

29 octobre. — Encore un peu d'écoulement sanguin.

La température s'est notablement abaissée, elle est de 36°,2 le matin, 37°,2 le soir.

Injection intra-utérine.

Pendant la nuit, nouvelle hémorrhagie.

30 octobre. — La malade est isolée.

Pas de douleurs ni de fièvre. La perte continue.

Glace sur le ventre. On continue à donner des injections vaginales toutes les trois heures.

31 octobre. — Soir. T. 38°,2. Dans la crainte des hémorrhagies, on s'abstient des lavages utérins, on se limite aux injections vaginales.

Depuis le 31, la température s'est constamment élevée jusqu'à 40°,5, sans jamais descendre au-dessous de 38°.

Le traitement consiste en injections vaginales toutes les 3 heures. 1 gramme de sulfate de quinine. Cognac. Lait. Bouillon.

L'écoulement sanguin et l'élévation de température continuant le 2 novembre, M. le professeur Tarnier fait reprendre les injections utérines (solution de sublimé à 1/4000 suivie d'une injection d'eau boriquée) une par jour.

Injections vaginales jour et nuit toutes les 3 heures.

2 novembre. — Le soir, la malade a un violent frisson avec claquements de dents. Durée 15 à 20 minutes.

3 novembre. — On constate la présence de l'albumine dans les urines.

Le sublimé est remplacé par le permanganate de potasse.

Vers le soir, crise soudaine d'étouffements.

Ventouses sèches qui procurent un peu de soulagement.

4 novembre. — Deuxième frisson à 10 heures du matin.

5 novembre. — À quatre heures et demie du matin, troisième frisson. Vomissements.

L'écoulement par les parties génitales ne renferme ni caillots odorants ni débris placentaires. Le ventre resté souple est sensible vers les fosses iliaques. L'utérus volumineux a son fond au niveau de l'ombilic. Aucune douleur, ni du côté du foie ni aux articulations.

Rien à l'auscultation des poumons.

Le 6 novembre, M. le professeur Tarnier fait le curettage de la cavité utérine, il ramène des débris placentaires qui représentaient en tout à peu près le volume d'une grosse noix. Une amélioration momentanée s'en suivit mais très vite les accidents recommencèrent, et la femme succomba le lendemain 7 novembre.

À l'autopsie, pratiquée par M. le Dr Vignal, on trouva adhérent au fond de l'utérus un cotylédon placentaire ayant environ le volume d'une grosse noix.

Telles sont les deux complications qui peuvent survenir chez l'accouchée atteinte de rétention partielle. Mais la femme est-elle vouée inévitablement soit à l'hémorrhagie, soit à l'infection putride ?

Nous connaissons des exemples dans lesquels un cotylédon placentaire a pu rester pendant plusieurs jours dans la cavité utérine sans donner lieu à aucun accident. M. Tarnier (1) cite dans Cazeaux l'observation de deux femmes chez qui, il put, le neuvième jour pour l'une, le dix-septième jour pour l'autre, extraire un cotylédon pla-

1. Cazeaux. *Traité théorique et pratique de l'Art des Accouchements* (9^e édition), page 913.

centaire dont le tissu était parfaitement frais. Dans ses leçons cliniques de 1874 sur l'adhérence placentaire, M. Guéniot (1) rapporte une observation du même genre : le fragment placentaire ne fut expulsé qu'au cinquième jour. Il en est de même du cas cité par M. Auvard : la femme d'un médecin avait accouché naturellement, la délivrance, les suites de couches avaient été normales ; à l'examen de l'arrière-faix, les annexes paraissaient complètes : au bout de six semaines, réapparition des règles qui furent assez abondantes, et expulsion d'un cotylédon placentaire recueilli et examiné par le mari.

Ces cas sont malheureusement exceptionnels, et le médecin qui, dans l'espoir d'une telle éventualité, se bornerait à une simple expectation, serait passible des plus graves reproches.

Quant à ces exemples de résorption placentaire par la muqueuse utérine, nous pensons qu'il ne faut les accepter qu'avec la plus grande réserve, malgré l'autorité de Nægelé et de Paul Dubois (2). Nægelé en rapporte trois observations, deux à la suite d'avortements, la troisième après un accouchement à terme. Paul Dubois aurait observé un fait du même genre, en voici l'observation résumée :

1. Guéniot. *Gazette des Hôpitaux*, 1874.

2. Auvard. *Bulletin médical*, 6 mars 1887.

3. Kaslieurat. Losgémard. *Mémoire sur l'absorption du placenta* (*Archives générales de médecine*), mai 1836.

OBSERVATION VIII (Paul Dubois).

Femme Aubert, 36 ans, primipare, accouche à terme à l'hôpital des Cliniques le 8 janvier 1835. Présentation du sommet en OIGA. Accouchement normal. Hémorrhagie de la délivrance par décollement incomplet du placenta.

Délivrance artificielle, placenta incomplet.

Jusqu'au 15 janvier, rien d'anormal, sauf la fétidité des lochies.

16 et 17 janvier. — Expulsion de caillots examinés par Paul Dubois ; ces caillots ne renferment aucune parcelle de tissu placentaire.

Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, le poumon est surveillé avec le plus grand soin, elle n'expulse rien qui puisse ressembler à des débris de placenta.

Elle quitte la clinique le 6 février.

L'opinion de Paul Dubois et Nægelé fut combattue avec talent par M^{me} Boivin, dans un mémoire publié en 1829 (1).

Robert Barnes, sans mettre complètement en doute la possibilité de cette résorption, en parle en ces termes : « Puisque des gens de bonne foi l'ont vu, je le crois, « mais si j'avais vu moi-même, je douterais ».

On nous permettra d'admettre que l'expulsion des débris a pu passer inaperçue, ou bien l'utérus s'en est débarrassé au moment des efforts faits pour aller à la

1. M^{me} Boivin. *Observations et réflexions sur les cas d'absorption du placenta*, 1829.

garde-robe, où bien, ayant subi la fonte putride, ils sont sortis avec les lochies.

Maslieurat-Lasgémard nous dit que les caillots rendus par la femme ont été examinés par Paul Dubois lui-même, mais nous ferons remarquer que la malade n'a séjourné que quatre semaines à l'hôpital, et nous venons de voir dans l'exemple cité par M. Auvard que l'expulsion du cotylédon placentaire ne s'est faite qu'après la sixième semaine.

Nous pouvons donc conclure que le pronostic de la rétention partielle doit toujours être réservé. Dans un chapitre ultérieur, nous verrons quels sont les moyens à mettre en œuvre pour prévenir les complications, et pour les combattre une fois déclarées.

DIAGNOSTIC

En prévision des complications redoutables auxquelles est exposée toute femme atteinte de rétention placentaire, il est d'une importance capitale de faire le diagnostic de cette rétention.

On y arrivera par l'examen attentif de l'arrière-faix (1).

Tous les accoucheurs de notre époque recommandent de faire l'examen du délivre aussitôt après son expulsion, et pour notre part, nous savons quelle importance y attachent nos maîtres, qui, le matin à l'hôpital, avant la visite dans les salles, se font présenter et examinent eux-mêmes les placentas expulsés la veille.

Avant de décrire la façon dont il faut examiner l'arrière-faix, rappelons brièvement l'anatomie de l'œuf normal, nous verrons ensuite les différentes anomalies qu'il peut présenter.

L'œuf se compose du placenta et des membranes ; celles-ci sont au nombre de trois : la caduque, le chorion et l'amnios.

Le placenta, trait d'union entre les circulations maternelle et fœtale, est constitué par une sorte de disque

1. Demelin. *Examen clinique de l'arrière-faix après l'accouchement. Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 4 janvier 1893.

charnu et vasculaire, ayant un diamètre de 15 à 20 centimètres, présentant sa plus grande épaisseur au centre, avec amincissement progressif vers ses extrémités. Il présente à étudier deux faces et une circonférence.

La circonférence se continue avec le chorion et la caduque, c'est-à-dire avec les enveloppes fœtales dont le placenta représente un épaissement ; elle est entourée par un sinus veineux, le sinus circulaire.

Des deux faces, l'une est externe ou utérine, l'autre interne ou fœtale. Cette dernière est tapissée par l'amnios sous lequel on voit ramper les divisions des vaisseaux ombilicaux ; c'est sur elle, en effet, que s'insère le cordon.

La face externe a pour nous plus d'intérêt. De couleur variant du rouge brun au blanc grisâtre, cette face est saillante, inégale, à surface lisse, divisée en lobes ou cotylédons, au nombre de douze à dix-huit, irrégulièrement polygonaux et séparés les uns des autres par des scissures plus ou moins profondes.

Pour faire l'examen de l'arrière-faix, il faut lui donner la disposition qu'il occupait dans l'utérus, c'est-à-dire, la face utérine en dehors, la face fœtale regardant l'intérieur du sac formé par les membranes. C'est sur la face externe que doit porter toute l'attention. Si, au lieu d'une surface parfaitement lisse, cette face présente en l'un de ses points un aspect déchiqueté, indice d'une perte de substance plus ou moins considérable, si les cotylédons ne sont pas rapprochés les uns des autres, nous pouvons affirmer que des lambeaux placentaires sont restés dans l'utérus. Pour compléter le diagnostic, il est nécessaire d'introduire la main dans la cavité utérine et aller à la

recherche des débris. Dans la majorité des cas, il est assez facile de distinguer les débris placentaires du tissu utérin : le tissu placentaire est mou, dépressible, la paroi utérine est résistante : cependant le diagnostic devient difficile dans les cas d'adhérence intime où tissu placentaire et tissu utérin se confondent.

« Il faut savoir aussi, » dit M. Budin (1), qu'au niveau des adhérences il existe une saillie formée par le tissu utérin et qu'on peut prendre pour du tissu placentaire : on le gratte et on enlève des fibres de l'utérus ».

Après l'examen du placenta, il faut procéder à celui des membranes : celles-ci présentent une ouverture plus ou moins large par laquelle est passé le fœtus ; on rapproche les bords de cette ouverture et s'ils se correspondent, on peut être sûr que les membranes sont complètes et qu'aucune portion n'est restée dans l'utérus ; cet examen présente un autre intérêt, car le point où s'est faite la rupture des membranes nous indique à peu près la zone de l'insertion placentaire et nous permettra de nous guider plus facilement dans le cas où il serait nécessaire d'introduire la main dans l'utérus à la recherche des débris.

On s'assurera ensuite que les trois membranes de l'œuf (caduque-chorion-amnios) sont intactes. La caduque a une épaisseur de un demi-millimètre environ au terme de la grossesse : par sa face interne elle adhère au chorion dont on peut la séparer en la râclant avec l'ongle : sa face

1. Budin. *Technique de la délivrance artificielle* (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*), novembre 1888.

externe est irrégulière, de couleur jaunâtre. « Cette
« membrane, dont l'aspect est couenneux et comme aréo-
« laire, est molle et facile à déchirer. Sa friabilité et son
« opacité permettent de la distinguer facilement des
« autres enveloppes de l'œuf qui sont résistantes et
« transparentes » (1).

Situé entre la face interne de la caduque et la face externe de l'amnios, le chorion se décolle facilement de cette dernière membrane à laquelle il adhère par l'intermédiaire d'une substance gélatineuse, le magma réticulé.

L'amnios, membrane la plus interne de l'œuf, tapisse la face fœtale du placenta et se prolonge sur le cordon ombilical auquel il forme une gaine circulaire, sa face externe adhère au chorion, sa face interne est lisse et polie comme celle d'une séreuse.

Reste un dernier point sur lequel nous insisterons tout particulièrement; c'est celui d'examiner les membranes par transparence pour s'assurer si elles contiennent des vaisseaux cheminant dans leur épaisseur. La présence de ces vaisseaux serait l'indice certain de l'existence d'un cotylédon ou d'un placenta accessoire.

Si, le plus souvent, en effet, le placenta humain est unique, il peut cependant présenter un ou deux lobes supplémentaires, rarement davantage. Ces placentas multiples dans les grossesses simples ont fait l'objet d'un travail très intéressant de M. Ribemont-Dessaignes (2)

1. Tarnier et Chantreuil. *Traité d'accouchements*, tome 1.

2. Ribemont-Dessaignes. *Des placentas multiples dans les grossesses simples. Annales de gynécologie*, janvier 1887.

auquel nous avons fait de larges emprunts pour la rédaction de ce paragraphe.

D'après M. Ribemont, le placenta multiple se rencontrerait une fois sur 352 délivrances. Ce chiffre donné par M. Ribemont est loin de correspondre à celui que nous avons pu recueillir à la clinique de la rue d'Assas, sur 1495 accouchements faits du 1^{er} janvier au 31 décembre 1893, on a constaté l'existence de 34 placentas accessoires, soit une proportion de 1 sur 44 accouchements (1). Ces placentas, avons-nous dit, peuvent être trilobés (placenta tri-partita), le cordon s'insère alors sur le lobe médian et envoie des prolongements aux deux lobes latéraux. Ce lobe médian peut disparaître, le placenta devient bilobé (placenta bi-partita); avec un cordon qui s'insère, soit sur l'un des lobes, soit sur le point membraneux qui les sépare.

L'insertion vélamenteuse du cordon dans le cas de placentas multiples est très fréquente, 7 fois sur 17 d'après (Ribemont : donc la constatation du cordon sur les membranes doit mettre l'esprit en garde contre un placenta succenturié. De plus il existe toujours des vaisseaux plus ou moins nombreux (deux au moins, une artère et une veine), et si l'on a soin d'examiner attentivement le délivre, suivant le conseil donné plus haut, on remarque la présence de ces vaisseaux qui rampent à la surface des membranes et qui se rendent à un placenta accessoire.

1. La proportion est la même pour le commencement de cette année; du 1^{er} au 28 janvier on a examiné 125 placentas, sur ce nombre on a trouvé 3 placentas accessoires, soit 1 sur 42 cas.

« Sans ces vaisseaux » dit Auvard (1) « le cotylédon ne
« pourrait vivre et ne tarderait pas à disparaître pendant
« le développement de l'œuf. Or, l'examen attentif des
« membranes, pratiqué au besoin par transparence, ne
« peut laisser échapper l'existence de ces vaisseaux :
« quand on les a reconnus, et lorsqu'on les suit jusqu'au
« bord rompu des membranes où ils cessent brusquement
« il n'y a plus de doute, ces vaisseaux se rendaient à un
« cotylédon, et ce cotylédon n'étant pas venu avec le dé-
« livre, est resté retenu dans la cavité utérine ».

Nous venons de voir que le moyen de faire le diagnostic de la rétention partielle c'est l'examen attentif du placenta. Mais le médecin peut être appelé à faire ce diagnostic quelques heures, quelques jours même après l'accouchement, alors qu'il n'est plus possible d'examiner l'arrière-faix.

Si l'orifice utérin est encore perméable, il n'y a pas d'hésitation possible ; il faut introduire la main dans la cavité utérine et en explorer les parois. Mais si le col est revenu sur lui-même, l'introduction de la main ne peut plus être faite, sinon avec violence et grand effort. On s'en trouve réduit aux explications le plus souvent fort peu précises, données par la femme ou par son entourage, et aux signes fournis par la nature de l'écoulement.

Les lochies sont sanglantes, quelquefois purulentes : l'utérus cherchant à se débarrasser du corps étranger qu'il contient, se contracte énergiquement et la femme éprouve des coliques et de violentes tranchées. Au bout

1. Auvard. *Bulletin médical*, 6 mars 1887.

de quelques jours, les débris du placenta se détachent. Ils peuvent être expulsés spontanément, mais il ne faut pas trop compter sur cet heureux résultat : et le plus souvent ce décollement donne naissance, soit à des hémorrhagies secondaires, soit à la septicémie puerpérale.

Les hémorrhagies du *post partum* sont dues dans la majorité de cas, à l'inertie de l'utérus, ou à la rétention de débris placentaires. En l'absence d'inertie, on devra donc toujours penser à la rétention possible d'une partie de l'arrière-faix.

Quant à la septicémie, les moindres fautes contre l'antisepsie, et à plus forte raison l'absence de toute antisepsie, en sont les causes les plus habituelles. Mais, chez une femme dont l'accouchement et les premiers jours des suites de couches ont été normaux, et qui, du quatrième au septième jour après son accouchement, a été prise subitement, sans prodromes, d'un frisson intense suivi immédiatement d'une élévation brusque de température, la septicémie peut reconnaître comme cause la présence dans la matrice de débris placentaires en voie de putréfaction. D'ailleurs, dans ce cas, le diagnostic de la rétention n'est que secondaire, puisque le traitement à employer est le même, quelle que soit la cause productrice de l'infection.

TRAITEMENT

La question du traitement doit être envisagée dans deux conditions bien différentes. Ou bien, le médecin a fait lui-même la délivrance ou est appelé peu de temps après, alors que l'orifice interne est encore largement ouvert ; ou bien il se trouve en présence d'une femme accouchée déjà depuis quelques jours, et près de laquelle il a été mandé, soit pour des symptômes de septicémie, soit pour une hémorrhagie secondaire.

Nous examinerons successivement la conduite à tenir dans chacune de ces deux hypothèses.

§ 1. — *Rétention immédiate.*

Avant la découverte de l'antisepsie, les accoucheurs étaient divisés en deux camps. Les uns, soucieux surtout des dangers que faisaient courir à la femme les débris de placenta restés dans l'utérus, étaient partisans de l'intervention immédiate, parmi eux, Celse, Mauriceau, Deventer, de la Motte, Lauverjat ; d'autres, au contraire, voulaient qu'on laissât à la nature le soin d'expulser le délivre. Tel était l'avis de Paul d'Egine, Morgagni, Puzos, Smellie.

A l'heure actuelle, tous les accoucheurs sont unanimes

à conseiller l'intervention immédiate ; leur opinion diffère seulement sur la nature de cette intervention. Les uns veulent à tout prix se servir de la curette ; d'autres, plus sages, sans repousser de parti pris l'usage de cet instrument, ne s'en servent que dans des circonstances bien déterminées.

Nous avons dit plus haut, que si l'examen même attentif du placenta laissait des doutes sur son intégrité, il fallait aussitôt introduire la main dans la cavité utérine pour confirmer le diagnostic. Cette main, que la sûreté de notre diagnostic nous force à introduire dans l'utérus, au lieu de la retirer pour engager une curette, nous allons essayer de nous en servir pour débarrasser l'organe des débris de placenta qu'il contient. La manœuvre sera donc à deux fins : elle servira au diagnostic d'abord, au traitement ensuite.

Nous savons comment reconnaître les lambeaux placentaires du tissu utérin, nous ne reviendrons pas sur cette question. Pour détacher ces débris, il faut prendre de grandes précautions. Il serait dangereux de les détacher en grattant avec l'ongle « car, dit M. Budin (1), la « minceur de la paroi utérine est telle au niveau de l'adhérence qu'on peut facilement perforer la matrice. » On doit saisir les morceaux de placenta entre la pulpe des doigts, on les pétrit, on les malaxe en quelque sorte, à la façon des enfants qui manipulent une boulette de mie de pain.

1. Budin. *Technique de la Délivrance artificielle. Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 8 nov. 1888.

Si ce moyen réussit, il devient inutile et même imprudent de recourir à la curette. Elle n'offre en effet aucun avantage et présente au contraire de graves dangers. Le déploiement de tout un appareil instrumental peut effrayer la femme, et nous devons autant que possible éviter tout effet moral nuisible.

On a, en outre, fait à la curette un certain nombre de reproches. On l'a accusée d'agir à l'aveugle, de laisser séjourner dans l'utérus les débris placentaires. On cite à ce propos un cas de Moses où après un curettage, un lavage et une cautérisation au perchlorure de fer de la cavité utérine, on vit le lendemain sortir un fœtus sans jambes, long de six à sept centimètres qui, malgré l'emploi de la curette, était resté dans la cavité utérine sans donner lieu à aucun symptôme (1).

La curette peut encore amener la perforation de l'utérus. M. Lannelongue de Bordeaux a rapporté à la Société d'obstétrique et de gynécologie de cette ville (séance du 11 avril 1892) deux cas de perforation à la suite de curettage, dont un suivi de mort ; chez l'autre femme, on dut pratiquer l'hystérectomie. On voit par ces exemples, que malgré l'assertion d'Hœning qui perforait le tissu utérin avec l'hystéromètre, pour montrer à ses élèves l'innocuité de cette manœuvre, que cette perforation n'est pas sans dangers.

Les partisans du curettage disent bien, il est vrai, qu'il est facile de s'apercevoir du moment où l'on arrive sur les fibres musculaires de l'utérus, et que l'on peut ainsi

1. Vibert. Thèse de Paris, 1891.

éviter très aisément la perforation ; la main éprouve alors une sensation spéciale, et l'opérateur perçoit nettement un bruit désigné sous le nom de cri utérin. Mais ce cri, que l'on entend fort bien en effet quand on opère sur un utérus à l'état de vacuité, n'est plus aussi perceptible dans un utérus gravidique où les fibres musculaires sont distendues et relâchées, la paroi utérine amincie.

Enfin la curette peut provoquer des hémorrhagies, accident rare, il est vrai, mais dont on peut cependant trouver des exemples (1).

Cependant, s'il restait dans l'utérus une quantité notable de tissu placentaire assez adhérent pour qu'on ne puisse en venir à bout avec les doigts, la curette pourrait rendre de réels services. Dans ce cas, nous ferions subir au manuel opératoire une modification, et, suivant le conseil donné par notre maître, M. Budin, au lieu de tenir l'instrument par le manche, comme on le fait généralement, nous le saisirions par l'extrémité tranchante, le doigt indicateur allongé sur la cuiller, le dépassant légèrement. Nous introduirions à la fois instrument et main dans l'utérus, de façon à explorer encore avec notre doigt les régions sur lesquelles doit porter l'acte opératoire.

Il peut arriver que l'orifice interne soit rétracté et ne permette pas l'introduction de la main toute entière. Il faudrait alors agrandir l'orifice avec les doigts : on pour-

1. Audebert. Thèse de Paris.

rait aussi se servir, soit du ballon dilatateur de M. Champetier de Ribes, soit du sac violon de Barnes.

Après l'extraction des débris placentaires, on fera une injection intra-utérine antiseptique, soit avec la solution de sublimé à 1/4000, soit avec la solution iodée employée dans le service du professeur Tarnier, et dont voici la formule :

Iode métallique	3 gr.
Iodure de potassium.	6 gr.
Eau distillée.	1000 gr. (1)

On pourra au besoin compléter le pansement par le tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée.

Dans la majorité des cas, ce traitement suffira. M. le Dr Gehé rapporte dans les *Archives de Tocologie* (janvier 1891), deux observations d'adhérence placentaire chez la même femme à deux ans d'intervalle ; il fit la délivrance artificielle, les débris placentaires furent enlevés avec la main, et dans les deux cas la guérison fut obtenue.

Nous-même avons pu recueillir à la clinique de la rue d'Assas un certain nombre d'observations inédites que nous reproduisons ici, et qui démontrent que très souvent il est inutile de recourir à une autre intervention :

1. Mendelssohn. *Contribution à l'emploi de l'iode en Obstétrique*. Thèse de Paris, 1890.

OBSERVATION IX (inédite).

(Recueillie à la Clinique de la rue d'Assas).

Rétention de débris placentaires. Extraction manuelle. Pas d'accidents consécutifs.

Al... Louise, âgée de 21 ans, primipare, de bonne constitution, a eu ses dernières règles du 21 au 24 avril 1888.

Au septième mois de la grossesse, disparition du ventre et mort du fœtus.

Apparition des premières douleurs le 20 décembre à 10 heures du matin ; l'accouchement se fait naturellement en OIGA à 2 heures 30 du soir.

Dix minutes après l'expulsion du fœtus, la délivrance a lieu naturellement.

A l'examen des annexes, on constate que le placenta a subi la dégénérescence fibro-graisseuse : de plus, sur la face utérine, existe une petite excavation du volume d'une noisette. On introduit immédiatement la main dans l'utérus, et on y trouve deux petits lambeaux de membranes et un peu de tissu placentaire qui sont facilement extraits.

La femme reçoit une injection intra-utérine.

Les suites de couches sont normales. Pendant toute la durée du *post partum* la température n'a atteint qu'une fois 38°.

La femme sort de la Clinique le 29 décembre.

OBSERVATION X (inédite).

(Recueillie à la Clinique de la rue d'Assas).

Rétention d'une masse placentaire pesant 308 grammes. — Hémorrhagie primitive. — Extraction manuelle des débris. — Suites de couches normales.

P... Blanche, âgée de 22 ans, secondipare, de bonne constitution, accouche naturellement le 30 mars 1889 à 5 heures 45 du matin.

Délivrance incomplète quoique spontanée, la portion du placenta extrait pèse 300 grammes. Aussitôt après la délivrance se produit une hémorrhagie abondante pour laquelle on introduit la main dans la cavité utérine. On en retire deux fragments de cotylédon restés adhérents. La masse extraite est remarquablement friable, déchirée en plusieurs endroits, mais partout le rapprochement des surfaces semble reconstituer la totalité du délivre.

Cette seconde partie du placenta pèse 130 grammes.

Les suites de couches sont régulières.

OBSERVATION XI (inédite).

(Recueillie à la Clinique de la rue d'Assas).

Accouchement gémellaire. — Placenta unique. — Rétention partielle. — Extraction manuelle. — Suites de couches normales.

Eugénie P..., 25 ans, III pare, deuxième grossesse à terme et gémellaire.

Dernières règles, 20 avril 1892.

Premières douleurs le 22 janvier 1893 à 5 heures du matin.

Accouchement naturel de deux jumeaux, le premier à 8 h. 20 en OI DP, le second à 9 h. 40 en SIGA.

Délivrance naturelle à 10 heures du matin, soit vingt minutes après l'expulsion du dernier enfant.

Le placenta est unique et pèse 750 grammes.

La longueur respective des deux cordons de 0,44 centimètres pour le premier, 0,39 centimètres pour le second.

Les membranes sont complètes.

A l'examen du placenta, on trouve la face fœtale divisée en deux parties égales par une cloison membraneuse : l'un des cordons s'insère près des membranes, l'autre près du bord placentaire.

Face utérine. — Sur le bord du placenta on remarque une petite dépression représentant à peu près la forme d'un rein. En ce point, pas de cotylédon, mais une surface inégale et déchiquetée, de la grandeur d'une pièce de deux francs.

Le moniteur de service M. Poux introduit immédiatement la main dans l'utérus, il sent une petite masse accolée à la paroi : il décolle cette masse avec l'extrémité des doigts. Elle est formée par du tissu placentaire, et s'applique exactement sur la dépression du placenta, qui devient alors complet.

On fait une injection intra-utérine, et la femme est ensuite transportée dans la salle des accouchées.

Les suites de couches sont normales. La femme sort de la clinique le 1^{er} février.

OBSERVATION XII (personnelle).

Rétention partielle du placenta. — Extraction manuelle. — Pas d'accidents consécutifs.

La nommée Léontine Ha..., âgée de 19 ans, primipare, est entrée à la Clinique de la rue d'Assas, le 27 décembre 1893.

Réglée à 16 ans, les règles ont toujours été très irrégulières depuis cette époque ; elles venaient tous les quinze jours ou trois semaines et avaient une durée moyenne de six à huit jours, abondantes et peu douloureuses. Les dernières ont eu lieu du 9 au 17 mars 1893.

La grossesse ne s'est pas passée sans accidents ; la gestante a eu des nausées, de la migraine, des étourdissements, des épistaxis et d'abondantes pertes blanches. Il existe un léger œdème des membres inférieurs dû à des varices.

Les urines sont normales.

Apparition des premières douleurs le 1^{er} janvier 1894 à 1 heure du soir. La dilatation est complète à 7 heures du soir, et la rupture des membranes se fait spontanément à 7 h. 30. Dix minutes après, la femme accouche naturellement d'un enfant du sexe féminin pesant 2750 grammes.

Délivrance naturelle à 7 h. 55.

Le placenta pesant 580 grammes est incomplet, il manque un cotylédon ; l'amnios et le chorion sont incomplets. La caduque manque en certains points.

On introduit immédiatement la main dans la cavité utérine et on en retire un cotylédon adhérent, de la grosseur d'une petite pomme environ. M^{me} Victor, la sage-femme de garde, introduit à son tour la main pour s'assurer qu'il ne reste rien dans l'utérus, et elle ramène des débris paraissant être de la caduque épaissie.

La femme reçoit une injection intra-utérine.

Suites de couches normales. La température n'a pas dépassé 37°.

OBSERVATION XIII (Rémy).

(Archives de Tocologie, 18 octobre 1889).

Madame Emilie O..., 22 ans, primipare. De bonne constitution

bonne santé habituelle. Pas d'antécédents héréditaires. Premières règles à 16 ans. Leucorrhée habituelle. Dernières règles le 27 juillet 1889. Nausées et vomissements dans les 2 premiers mois. Aucun autre malaise durant la grossesse. Accouche en ville le 27 avril 1889, à 4 heures du matin, d'une fille vivante, après un travail qui a duré dix heures, le délivre ne vint point, et la rétention s'accompagna d'hémorragies. La sage-femme et le médecin appelé tentent la délivrance artificielle deux heures après l'accouchement et peuvent extraire une partie du placenta. L'accouchée est amenée à la Maternité de Nancy, le 28 avril, à 5 heures du soir, c'est-à-dire 30 heures après l'accouchement.

La femme est pâle, assez faible. L'utérus est petit, bien rétracté

Extraction de quelques caillots siégeant dans le col utérin.

Impossibilité d'introduire la main dans l'utérus. Injection intra-utérine.

La journée du 29 avril s'est passée sans phénomène saillant.

Matin. — T. 38°,6. — Pouls. 100.

Toniques. — Antisepsie. Le fond de l'utérus est à 10 centimètres au-dessus du pubis. A 9 heures du soir, il se fait un écoulement abondant de sérosité rosée, l'accouchée accuse des tranchées vives, à minuit elle expulse une certaine quantité de caillots sanguins ; l'utérus est moins volumineux dépassant de trois travers de doigt l'ombilic.

A ce moment, l'orifice utérin dilaté laisse passer la main et la sage-femme en chef peut aller retirer de l'utérus une portion du placenta d'odeur fétide et du poids de 300 grammes (deux jours et demi de rétention). Lavage intra-utérin avec liquide de Van Swieten, puis injection phéniquée.

Temp. au moment de la délivrance, 41°, 140 pulsations. Champagne. Thé au rhum, lait.

30 avril. matin. — T. 37°6. — Pouls 108. — Faciès pâle. Muqueuses décolorées.

Soir. — Utérus non sensible, bien rétracté, 38°,6. — Pouls 124.

1^{er} mars. — T. 38°,2. — Pouls 116.

Même état général, grande faiblesse. Montée de lait. Utérus non sensible, lochies rosées, peu abondantes.

On lutte contre la faiblesse par les toniques.

Vers le treizième jour de couches, nouvelle ascension de température qui va jusqu'à 39°, on constate de la matité au-dessous de l'angle de l'omoplate du côté droit avec quelques râles crépitants un peu de sensibilité au niveau de la saphène gauche et de la corne droite de l'utérus. Les accidents ne furent que passagers, après quatre jours la température s'abaisse et la guérison fut obtenue.

§ 2. — *Rétention et Septicémie.*

Quand l'accouchement a eu lieu depuis quelques jours, le col s'est en partie refermé, et l'orifice ne permet plus l'introduction de la main, à peine s'il est possible d'y engager un ou deux doigts. A ce moment, les débris placentaires ont subi la putréfaction, ils ont donné naissance à des symptômes de septicémie, surtout si l'on a pas eu le soin d'observer attentivement la femme pendant les premiers jours qui ont suivi l'accouchement, et par suite, si l'on a pris aucune précaution antiseptique. L'utérus tout entier est alors rempli de produits septiques dont il faut à tout prix le débarrasser.

On a bien préconisé dans ce but les lavages intra-utérins antiseptiques, soit intermittents, soit continus. Mais si la température est élevée, si la fièvre dure déjà depuis quelques jours, nous ne croyons pas que les injections

intermittentes soient suffisantes. Quant aux injections continues préconisées par le professeur Pinard, elles sont trop fatigantes pour la malade et demandent pour être bien faites la présence continuelle d'une personne compétente, c'est un traitement qui peut se faire à l'hôpital, mais d'une application difficile en ville, et surtout à la campagne. C'est alors que nous croyons le curettage tout indiqué, et moins on attendra pour le faire, meilleurs seront les résultats.

D'ailleurs, à ce moment du *post partum*, les dangers de la curette seront bien moins grands qu'immédiatement après l'accouchement, l'utérus s'est contracté, le tissu musculaire étant devenu plus résistant, la perforation est moins à craindre. Les dangers seraient-ils les mêmes, ce ne serait pas encore une contre-indication à l'opération. La septicémie puerpérale non traitée est une maladie mortelle à brève échéance, et dans ces cas, le médecin est autorisé à user de tous les moyens en son pouvoir, pour sauver la vie de la malade qui s'est confiée à ses soins. Pour faire le curettage la femme sera placée en travers du lit, le siège près du bord : les cuisses seront maintenues écartées par deux aides placés de chaque côté. Ce n'est qu'après avoir lavé les organes génitaux externes avec la solution de sublimé au millième, et fait une injection vaginale avec la même solution, qu'on pourra procéder à l'opération.

Les instruments nécessaires sont :

Deux valves de Sims.

Une pince de Museux.

Une curette mousse.

Deux ou trois curettes tranchantes de différentes dimensions.

L'opération comprend trois temps :

1^o Abaissement de l'utérus ;

2^o Dilatation du col ;

3^o Curettage de la cavité.

1^o *Abaissement de l'utérus.* — On attirera le col près de la vulve, après l'avoir saisi et fixé par sa lèvre antérieure à l'aide d'une pince de Museux. Les tractions seront faites doucement, sans violence, et si l'on éprouvait de la résistance, il ne faudrait pas insister. Mais en général, ce premier temps est facile par suite de la distension qu'a fait subir la grossesse aux ligaments de l'utérus.

2^o *Dilatation du col.* — Dans la majorité des cas, l'orifice du col permet facilement l'introduction d'un doigt. On pourra souvent à l'aide de ce doigt amener une dilatation suffisante pour y introduire la curette. Si l'on échouait de cette façon, il faudrait alors avoir recours à la série des bougies de Hégar qui achèveront rapidement la dilatation.

3^o *Curettage de la cavité.* — On le fera avec une curette tranchante, dont il existe de nombreux modèles ; on pourrait se servir avec avantage de la curette irrigatrice qui permet en même temps de faire le lavage intra-utérin. Le curettage doit être fait méthodiquement, paroi après paroi, il est important de ne rien oublier, et passera la curette non-seulement sur les parois mais aussi sur le fond et dans les angles : pour cela il est nécessaire d'avoir à sa disposition une curette de dimension moindre.

Lorsque le curettage sera effectué, on procèdera à l'écouvillonnage : on retournera l'écouvillon dans tous les sens, de manière à balayer la muqueuse et à enlever tous les débris que pourrait y avoir laissé la curette.

L'opération terminée, on fera une injection intra-utérine antiseptique, et l'on complètera le pansement par le tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée.

L'opération est peu douloureuse et ne nécessite généralement pas l'emploi du chloroforme.

Le curettage a été pratiqué maintes fois pour rétention placentaire. Chartier (1), dans sa thèse, en rapporte 26 observations dont 9 à la suite d'accouchements à terme. Sur ce nombre, il y a eu seulement deux morts. Si les femmes qui font l'objet de nos observations VI et VII ont succombé malgré cette intervention, c'est que la septicémie était déclarée depuis plusieurs jours, et que rien ne pouvait enrayer le mal.

Dans ces dernières années, certains chirurgiens ont eu l'idée, dans les cas d'adhérence intime du placenta, compliquée de septicémie, de pratiquer l'opération de Porro. Cette opération consiste après laparotomie préalable à sectionner l'utérus à l'union du col et du corps, et à enlever ce dernier avec la totalité des annexes. En France, une discussion sur ce sujet eut lieu à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, au mois de mai 1890. Le Dr Klopatsky ayant communiqué l'observation d'une femme atteinte de rétention placentaire due à une adhérence intime (observation reproduite dans notre travail), demanda aux membres de la société, si, dans

1. Chartier, *Thèse de Paris*, 1889.

des cas de ce genre, le médecin pouvait se croire autorisé à faire l'opération de Porro. Le débat fut assez vif, M. le professeur Pajot conclut pour l'affirmative ; quelques membres au contraire, et parmi eux M. Doléris, repoussèrent cette opération prétendant que le curettage, fait méthodiquement et antiseptiquement, peut mettre à l'abri de toute complication.

Nous ne croyons pas que cette opération ait été faite en France dans le cas de rétention placentaire, mais en Allemagne elle a été pratiquée avec succès par Schulz d'Iéna, en Amérique par Smith (1), et Goldsborough (2). Le Dr Grandin (3), de New-York, qui a fait également cette opération trois fois, a eu trois insuccès, qu'il attribue à une intervention trop tardive. Au congrès américain tenu en septembre 1893, le Dr Ayers (4) se montre partisan absolu de cette intervention.

Nous rapportons ici l'observation de Smith.

OBSERVATION XIV (Smith).

Adhérence placentaire. — Péritonite puerpérale. — Opération de Porro. — Guérison.

Je fus appelé dans la nuit du 9 octobre 1891 près de Madame O..., qui venait d'être délivrée par une sage-femme, mais qui était dans un état alarmant d'épuisement.

1. Smith. *American Journal of Obstetrics*, janvier 1892.
2. Goldsborough. *New-York medical Journal*, 18 février 1893.
3. Grandin. *New-York obstetrical Society* (mars 1892), in *american Journal of Obstetrics*.
4. Ayers. *American Journal of Obstetrics* (novembre 1893).

Agée de 35 ans, mère d'un enfant, elle avait eu chaque fois un accouchement long et laborieux. Je la trouvai presque sans pouls, incapable de parler et affreusement pâle. Je lui donnai un peu de grog et un gramme d'extrait fluide d'ergot, et au bout d'une heure elle était suffisamment remise pour permettre à la sage-femme d'essayer de compléter la délivrance. Elle ne put y réussir.

J'essayai à mon tour, d'abord en appuyant sur le fond de l'utérus et en tirant sur le cordon : quand j'eus échoué de cette façon, en introduisant la main dans le vagin et saisissant le placenta avec mes doigts, celui-ci était très adhérent, et la malade se plaignait beaucoup des douleurs que lui causait chaque tentative d'extraction. Ne pouvant administrer d'anesthésique à cause de la faiblesse de la femme, et craignant qu'elle ne succombât d'un moment à l'autre, je décidai alors d'adopter le procédé recommandé par Winckel et pratiqué à la clinique de Munich, c'est-à-dire, d'attendre douze heures, et, si le placenta n'était pas expulsé spontanément pendant ce temps, d'administrer un anesthésique et d'aller détacher le placenta avec la main. Je laissai en même temps de l'ergot, en recommandant d'en donner une petite cuillerée toutes les 4 heures, dans le double but de prévenir l'hémorrhagie et d'expulser l'arrière-faix. Je fis une injection vaginale d'eau très chaude et nettoyai la femme, j'enlevai tous les linges souillés. Aussitôt après mon départ, la sage-femme fit de nouvelles tentatives pour décoller le placenta. A mon retour, nouvelles tentatives de ma part, mais il me fut impossible de pénétrer jusqu'au fond de la matrice. Je fis alors une injection intra-utérine de permanganate de potasse, jusqu'à ce que le liquide revienne clair. Ces injections furent répétées deux fois par jour.

La malade alla très bien pendant les 26 premières heures qui suivirent la délivrance, mais environ 40 heures après elle eut

un frisson suivi d'une température de 105° Farenheit (40° centigr.).

48 heures après la délivrance, je fus appelé, et trouvai la malade, les jambes fléchies, l'abdomen distendu, la face pâle et anxieuse, le pouls filiforme, à 140 : elle se plaignait de douleurs dans tout l'abdomen.

Je lui administrai une bonne dose de sel de Rochelle ; j'appliquai sur l'abdomen de la flanelle imprégnée de térébenthine, et en une heure elle fut complètement soulagée. J'étais sûr qu'il s'agissait d'une péritonite, mais quelle en était la cause ? (appendice, trompes, utérus). Je pensai plutôt à une appendicite, la malade ayant eu beaucoup de fièvre et une douleur vive dans la région iliaque droite, cinq jours avant son accouchement : tandis que s'il s'agissait d'un utérus septique, l'infection devrait remonter à quelques jours avant la délivrance, la péritonite puerpérale ne survenant généralement pas avant le sixième ou le neuvième jour.

Je me demandai si je ferais le curettage ou la laparotomie, mais me rappelant qu'en un cas semblable le curettage avait rendu la femme beaucoup plus mal, je décidai la laparotomie.

Le lendemain matin, 15 octobre, l'état de la malade s'étant aggravé, j'exposai nettement la situation et proposai l'opération qui fut acceptée.

J'opérai avec l'aide du Dr Springlé, pendant que le Dr Bruère donnait le chloroforme. J'inspectai d'abord le péritoine et le trouvai indemne de lymphes et de pus, bien que les intestins fussent quelque peu injectés. Il ne s'agissait donc pas d'une inflammation de l'appendice. L'utérus et ses annexes étaient très congestionnés, mais les derniers ne contenaient aucun abcès.

J'étais sûr maintenant que le siège de l'infection se trouvait dans l'utérus et je résolus de l'enlever. Je fis la ligature à l'union du col et du corps en ayant soin d'y comprendre les annexes et d'éviter la vessie et les intestins. J'enlevai alors l'utérus,

laissant un moignon du volume d'une petite pomme environ.

Toilette du péritoine ; suture de la paroi abdominale. Pas de drainage. L'opération avait duré moins d'une heure.

Légère tendance aux vomissements le lendemain ; je donnai un grain de calomel (0 gr. 65 environ) toutes les heures pour dégager les intestins, ce qui se fit dans la nuit.

Pendant la première semaine un grain de quinine et un grain de digitale furent donnés trois fois par jour.

La température qui avait été de 105 Fahrenheit (40°,5) avant l'opération tomba à 103° Fahrenheit (39°,4) le lendemain, à 101° Fahrenheit (38°,3), le surlendemain et le quatrième jour elle était normale et y est restée depuis.

La malade a bon appétit, elle commence à s'asseoir dans son lit et se lèvera à la fin de la quatrième semaine.

En examinant l'utérus 24 heures après son extirpation, je trouvai des débris de placenta qui étaient si adhérents qu'ils se déchiraient plutôt que de se détacher. L'intérieur était de couleur pourpre, et l'on pouvait faire sortir des sinus un liquide semi-purulent. Les parois étaient molles et friables.

Malgré les succès obtenus à l'étranger, nous pensons qu'avant de faire subir à la femme une mutilation aussi grave que l'ablation de l'utérus et de ses annexes, il est de notre devoir de mettre en œuvre tous les moyens dont nous disposons pour combattre l'infection. Ce n'est qu'après avoir essayé vainement les injections intra-utérines et le curettage que nous nous hasarderions à faire l'hystérectomie. En agissant ainsi, il serait peut-être trop tard, et nous serions exposés à ne pas réussir, ainsi qu'il est arrivé au Dr Grandin.

Nous n'ajouterons qu'un mot. L'opération de Porro est

une opération délicate qui demande une antisepsie rigoureuse, un outillage spécial et une grande habileté de la part de l'opérateur.

On pourra la tenter à l'hôpital où l'on trouve réunies ces trois conditions ; dans ce cas, si elle est faite à temps, nous ne doutons pas du succès.

Mais si, à l'heure actuelle, tout médecin doit pratiquer l'antisepsie, il peut ne pas avoir sous la main tous les instruments nécessaires, et manquer de cette habileté opératoire qui ne s'acquiert que par la pratique quotidienne des opérations.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — Il ne faut jamais procéder trop hâtivement à la délivrance, l'accoucheur ou la sage-femme ne doit intervenir dans ce dernier temps de l'accouchement qu'après s'être assuré par le toucher que le placenta est tout entier descendu dans le vagin.

II. — Il est indispensable d'examiner avec le plus grand soin l'arrière-faix aussitôt après son expulsion.

III. — S'il reste des débris placentaires dans la cavité utérine, il faut y introduire immédiatement la main à l'aide de laquelle on retirera ces débris. Si l'adhérence est trop intime, on pourra se servir de la curette en ayant soin de guider l'instrument avec le doigt.

IV. — La curette devra être employée toutes les fois que l'orifice utérin ne permettra plus l'introduction de la main et lorsqu'en même temps il existera des symptômes de septicémie. Dans ce cas, le curettage devra être fait le plus promptement possible.

V. — On fera suivre ces différentes manœuvres d'une injection intra-utérine avec une solution antiseptique, et

au besoin, on pourra compléter le pansement par le tamponnement utérin avec la gaze iodoformée.

VI. — L'opération de Porro sera réservée aux cas où le tissu placentaire est très adhérent à la paroi utérine, et seulement après avoir mis en œuvre tous les autres moyens dont on dispose pour combattre l'infection.

Vu par le Président de la thèse,

TARNIER

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Air.** — Adhésion of the Placenta, *Lancet-London* (Février 1881).
- Auvard.** — Traité pratique d'accouchements (1890).
— Placentas accessoires. *Bulletin médical*, 6 mars 1887.
- Baudelocque.** — Art des Accouchements (1789).
- M^{me} Boivin.** — Observations et réflexions sur les cas d'absorption du placenta, 1821.
- Budin.** — Technique de la délivrance artificielle (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 7 novembre 1888).
- Cazeaux et Tarnier.** — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements (9^e édition).
- Chartier.** — Curage utérin dans la septicémie puerpérale. Thèse de Paris, 1880.
- Cleveland.** — *American journal of obstetrics*, 1889.
- Couécou.** — De la rétention placentaire. Thèse de Paris, 1872.
- Demelin.** — Examen clinique de l'arrière-faix après l'accouchement. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 4 janvier 1893.
- Devilliers.** — Dictionnaire de médecine pratique. — Article Délivrance.
- Guéniot.** — Sur les adhérences anormales du placenta. *Gazette des hôpitaux*, 1874.
- Leray.** — Thèse de Paris, 1893.

- Levret.** — Art des accouchements, 1761.
- Moslicurat-Lasgemand.** — Mémoire sur l'absorption du placenta.
Archives générales de médecine, mai 1836.
- Mauriceau.** — Traité des maladies des femmes grosses et celles récemment accouchées, 1740.
- Mendelsohn.** — De l'iode en obstétrique. Thèse de Paris, 1890.
- De la Motte.** — Traité complet des Accouchements naturels, 1721.
- Mordret.** — Recherches sur les adhérences morbides et anormales du placenta. Moniteur des hôpitaux, janvier 1854-1855.
- Paul Portal.** — Pratique des accouchements, 1685.
- Puzos.** — Traité des accouchements, 1759.
- Ribemont-Dessaigues.** — Des placentas multiples dans les grossesses simples. Annales de gynécologie, janvier, 1887.
— De la délivrance par tractions et expression. Thèse d'agrégation, 1883.
- Rémy.** — Quelques considérations sur la rétention placentaire.
Archives de Tocologie, 1889.
- Roy.** — Thèse de Paris, 1891.
- Tarnier-Chantreuil-Budin.** — Traité d'accouchements.
- Vibert.** — De la rétention placentaire dans l'avortement. Thèse de Paris, 1891.

